

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Tanja Basler

HOLISTIČKI PRISTUP PSIHIJATRIJSKOM BOLESNIKU

Završni rad

Rijeka, 2019.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Tanja Basler

THE HOLISTIC APPROACH TO A PSYCHIATRIC PATIENT

Final work / Final thesis

Rijeka, 2019.

Mentor rada: Daniela Depolo prof.rehab., bacc. med.sestr.

Završni rad obranjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

SAŽETAK

Unatoč napretku medicine u posljednjem stoljeću, suvremena medicina i dalje ne pronalazi brz i dobar, odnosno najefikasniji način liječenja određenih bolesti i stanja. O važnosti pronalaska adekvatnog načina pristupa i liječenja psihijatrijskih bolesnika govori i podatak kako je na listi deset najčešćih bolesti sa značajnim utjecajem na radnu sposobnost stanovništva pet mentalnih bolesti. Posljedično bolesti dolazi do narušenih familijarnih i društvenih odnosa, otežanog pronalaska i zadržavanja radnog mjesta i posljedičnog nižeg socioekonomskog statusa. Unatoč velikim trokovima liječenja, psihijatrija nije uspjela dovesti do značajnijeg poboljšanja prosječne razine sreće i dobrobiti opće populacije. Iz tog razloga se terapija sve više počela usmjeravati ka pojedincu kao osobi, a ne kao određenoj dijagnozi, te liječenju koje se ne temelji samo na biološkom aspektu ličnosti, nego i ostalim sastavnicama koje utječu na osobu. Ove promjene se dovele do sve veće usmjerenosti na pacijenta, njegujući holistički pristup liječenja. Medicinski pristup pojedincu treba podrazumijevati njegovu sveobuhvatnost te težiti zdravlju u svim pogledima. Kako bi se to moglo, valja uzeti u obzir biološki, psihološki te sociološki i kulturološki aspekt pojedinca (biopsihosocijalni model), ali i njegovu duhovnost te okolinu koja ga okružuje, uzimajući u obzir svu složenost međuodnosa koji postoje u njoj. Prednost ovakvog pristupa jest u tome što pacijent ima veću ulogu u odlučivanju, veća suradljivost, a medicinsko osoblje bolje razumije potrebe i brige pacijenta. Izazovi sestrinske skrbi o psihijatrijskim bolesnicima rastu iz dana u dan kako se dolazi do novih spoznaja o bolestima, razvijaju se nove tehnologije koje zdravstvenoj njezi daju sasvim novu dimenziju, a sestrinska skrb o bolesniku postaje sve više specijalizirana i autonomna. Iako je teoretsko i praktično znanje od neizmjerne važnosti, najvažnije oruđe koje medicinska sestra posjeduje u odnosu s psihijatrijskim pacijentom jest ona sama. Holističko sestrinstvo se definira kao svi postupci u sestrinstvu koji za cilj imaju izlječenje osobe u cijelosti. Prema tome holističkom medicinskom sestrom možemo smatrati medicinsku sestru koja prepoznaje i integrira biološke, psihološke, emocionalne, duhovne i okolišne čimbenike u svakodnevnom životu i kliničkoj praksi. Holistički pristup u sestrinstvu se temelji na znanju o sestrinstvu i cjelokupnosti, stručnosti i intuiciji koje vode medicinsku sestru prema razvoju u terapijskog partnera bolesniku s ciljem izlječenja.

Ključne riječi: biopsihosocijalni model, holistički pristup, holističko sestrinstvo, psihijatrijski bolesnik, psihički poremećaji

SUMMARY

Despite the improvement of medicine in the last century, modern medicine still does not find a quick and good, or most effective way of treating certain diseases and conditions. It is important to find an adequate approach to treatment of psychiatric patients because on the list of ten most common illnesses that has a significant impact on the work ability of the population is five mental illnesses. The consequence of the illness is the disruption of family and social relations, the difficulty of finding and retaining the workplace and the consequent lower socioeconomic status. Despite the tremendous cost of treatment, psychiatry failed to bring about a significant improvement in the average level of happiness and well-being of the general population. For that reason, therapy has increasingly begun to be directed to an individual as a person, not as a diagnosis, and to a treatment that is not based solely on the biological aspect of a person but also on other components that affect the person. These changes have led to increasing focus on the patient, nurturing a holistic approach to treatment. Medical approach to a person should include its comprehensiveness and tendency to health in all aspects. To be able to do so, the biological, psychological, sociological and cultural aspect of the individual (biopsychosocial model), as well as its spirituality and the surrounding environment, must be count. The advantage of this approach is that the patient has a greater role in decision-making, greater co-operation, and medical workers better understand the patient's needs and worries. Challenges of nursing care for psychiatric patients grow from day to day as new illnesses come to light, new technologies are developed that provide a whole new dimension to health care, and nursing care for the patient becomes increasingly specialized and autonomous. Although theoretical and practical knowledge is of immense importance, the most important tool the nurse has in relation to a psychiatric patient is she alone. Holistic nursing is defined as all nursing practices aimed at curing the person in their entirety. Hence, the holistic nurse can be considered a nurse who recognizes and integrates biological, psychological, emotional, spiritual and environmental factors in everyday life and clinical practice. Holistic approach to nursing is based on knowledge of nursing and overallness, expertise and intuition leading the nursing nurse towards the development of a therapeutic partner for a healing cure.

Key words: biopsychosocial model, holistic approach, holistic nursing, mental disorders, psychiatric patient

SADRŽAJ

1.	Uvod.....	1
2.	Psihičke bolesti.....	2
3.	Specifičnosti psihijatrijskih bolesnika.....	3
4.	Bioetički aspekt odnosa s psihijatrijskim pacijentom.....	5
5.	Holistički pristup psihijatrijskom pacijentu.....	6
5.1.	Holistički pristup u medicini	6
5.2.	Psihijatrija usmjerena osobi.....	7
5.3.	Razlika skrbi za osobu i skrbi za pacijenta.....	9
6.	Biopsihosocijalni model zdravlja	10
6.1.	Psihološka perspektiva biopsihosocijalnog modela	10
6.2.	Biološka perspektiva biopsihosocijalnog modela.....	12
6.3.	Socijalni i kulturalni aspekt biopsihosocijalnog modela	13
6.4.	Nedostaci biopsihosocijalnog pristupa	14
6.5.	Ograničenja biopsihosocijalnog modela u psihijatriji	15
7.	Psihijatrijsko sestrinstvo kroz povijest	16
8.	Sestrinstvo u psihijatriji.....	17
8.1.	Temeljna načela sestrinske skrbi o psihijatrijskim pacijentima	19
8.2.	Holistički pristup u psihijatrijskom sestrinstvu	20
8.3.	Provođenje holističke sestrinske skrbi.....	23
9.	Uloga obitelji i kontakata s vanjskim svijetom u liječenju psihijatrijskih pacijenata.....	25
10.	Uloga medicinske sestre u edukaciji i prevenciji stigmatizacije	26
11.	Medicinski djelatnici kao prepreka holizmu	27
12.	Zaključak	28
13.	Literatura	30
14.	Kratice	34
15.	Životopis.....	35

1. UVOD

Unatoč napretku medicine u posljednjem stoljeću, suvremena medicina i dalje ne pronalazi brz i dobar, odnosno najefikasniji način liječenja određenih bolesti i stanja. Zdravstvenih ustanova i medicinskog osoblja je sve više, farmaceutska industrija proizvodi lijekova više nego ikad, a suvremeni čovjek je sve bolesniji. Posljedično tome se nameće potreba preispitivanja zdravstvenih metoda koje bi preventivno omogućile zdravlje, odnosno onih metoda koje bi kurativno omogućile povratak iz stanja bolesti u stanje zdravlja (1).

Prije 2500 godina je Hipokrat zastupao tezu kako je potrebno „najprije liječiti dušu, a tek onda tijelo“ i kako je bolesniku potrebno „prvo ponuditi riječ, a tek potom lijek“. Međutim, razvojem suvremene medicine došlo je do odmaka od Hipokratovih načela. Decartes je uspoređivao ljudsko tijelo s mehaničkim strojem koji funkcionira na principu zakona fizike, bez uključivanja psihičkog elementa. Prateći ovo načelo, medicina je krenula putem promatranja i liječenja dijelova tijela, a izgubio se pojedinačan pristup pacijentu i ljudskom zdravlju (1).

U današnje vrijeme je poznato kako „popravljeni“ dio tijela može adekvatno funkcionirati samo ukoliko ga je prihvatila cjelina, to jest psihička nadgradnja. Time se sve više razmatra holistički pristup pacijentu kao jedini ispravan (1).

Psihijatrija u svakodnevnoj praksi je specifična u odnosu na druge grane medicine. Posebnost psihijatrije u svakodnevnoj praksi leži u složenosti i polimorfizmu ekspresije mentalnih poremećaja, njihove bliske povezanosti s psihosocijalnim čimbenicima, nedostatka eksplicitnih patognomoničnih elemenata i stigmatizacije duševnih bolesti. Iz tog razloga je holistički pristup posebno primjenjiv u terapiji psihijatrijskih poremećaja (2).

O važnosti pronalaska adekvatnog načina pristupa i liječenja psihijatrijskih bolesnika govori i podatak kako je na listi deset najčešćih bolesti sa značajnim utjecajem na radnu sposobnost stanovništva pet mentalnih bolesti, a među njima najviše mjesto zauzimaju alkoholizam i depresija. Svake godine u svijetu 3 do 4 milijuna ljudi počinu samoubojstvo, to jest svakih pedeset sekundi netko umre. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je 1997. godine pokrenula program čiji je cilj upozoriti na utjecaj i sve veću rasprostranjenost mentalnih poremećaja, te na njihove posljedice koje su jednako pogubne kao i kod organskih oboljenja (3).

2. PSIHIČKE BOLESTI

Psihičke ili duševne bolesti se u najširem smislu može definirati kao svaki poremećaj funkcije mozga s utjecajem na razmišljanje, ponašanje i osjećaje čovjeka, kao i na njegovu sposobnost komuniciranja s okolinom. To su bolesti koje otežavaju ili onemogućavaju pojedincu uspostavljanje kvalitetnih odnosa s drugim ljudima i nošenje sa svakodnevnim problemima i obavezama (4).

Mentalni poremećaji se definiraju prema postojanju skupa simptoma. Kriteriji za postavljanje dijagnoze su ispunjeni ukoliko su simptomi relativno teški, duljeg trajanja i ako su praćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti, odnosno u težim slučajevima invaliditetom (5).

Prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) u skupinu mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja spadaju: organski i simptomatski duševni poremećaji (F00-F09), duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari (F10-F19), shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji (F20-F29), afektivni poremećaji (F30-F39), neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji (F40-F48), bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50-F59), poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F60-F69), duševna zaostalost (F70-F79), poremećaji psihološkog razvoja (F80-F89), poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98) i nespecificirani mentalni poremećaji (F99) (6).

Mentalno zdravlje je sastavni dio općeg zdravlja i kao takvo predstavlja važan resurs pojedincu, obitelji i zajednici. Mentalne bolesti i poremećaji zbog ranog javljanja (najčešće u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi) relativno visoke prevalencije te često kroničnog tijeka, predstavljaju prioritetan javno-zdravstveni problem u Republici Hrvatskoj (RH). Osobe koje boluju od mentalnih bolesti imaju višu stopu morbiditeta i mortaliteta od fizičkih bolesti. Broj izvršenih samoubojstava je dobar pokazatelj mentalnog zdravlja populacije, a u RH je on viši od broja poginulih u saobraćajnim nesrećama. Mentalni poremećaji stigmatiziraju osobu, uzrokuju veliku subjektivnu patnju bolesnika, uvelike smanjuju kvalitetu života bolesnika i njegove okoline (5).

3. SPECIFIČNOSTI PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Obzirom na specifičnost psihičkih bolesti, osobe koje boluju od istih nerijetko pate ne samo zbog bolesti nego i znatno narušene kvalitete života. Posljedično bolesti dolazi do narušenih familijarnih i društvenih odnosa, otežanog pronalaska i zadržavanja radnog mjesta i posljedičnog nižeg socioekonomskog statusa (uz koji se veže i invaliditet). Ukoliko se tome pribroji i stigmatiziranje psihičkih bolesnika unutar zajednice, nije iznenađenje kako je riječ o socijalno najizoliranijoj skupini bolesnika (7).

U današnjem drušvu je obitelj osnovna biološka, psihološka te društvena zajednica čiji su članovi u međusobnoj interakciji i dijele zajedničke vrijednosti. Na obitelj utječe zdravlje njenih članova, kao što zdravlje obitelji utječe na njene članove. Kada je član obitelji bolestan, ta bolest ima utjecaj kako na sve članove obitelji, tako i na interakcije unutar obitelji. Dijagnoza psihičke bolesti često dovodi do narušavanja obiteljskih odnosa, naročito u slučajevima kada se bolesnik ne zna nositi sa svojom dijagnozom i ne prihvaća istu (7).

Prema istraživanju provedenom u psihijatrijskim ustanovama u RH su rezultati pokazali kako 47,4% liječenih bolesnika nema partnera, 12,5% ih je rastavljeno, a 6,3% su udovci. Ovi podaci su samo jedan od pokazatelja kako osobe s duševnim smetnjama rijetko uspiju osnovati izvanbračnu zajednicu, civilno partnerstvo ili sklopiti brak. Osim stigmatizacije bolesnika, negativni čimbenici koji utječu na obiteljski život bolesnika su i strah potencijalnih partnera od duševne bolesti, otežan pronalazak posla i posljedičan slabiji socioekonomski status. Uspoređujući duševne bolesti s drugim oboljenjima, duševne bolesti nerijetko predstavljaju veliko opterećenje za veze i obiteljski život, pa i one osobe s duševnim smetnjama koje uspiju osnovati obitelj se rijetko očuvaju i prebrode iskušenja koje u odnos donosi duševna patnja (8).

Istraživanje provedeno u psihijatrijskim bolnicama u RH je pokazalo kako se velik broj psihijatrijskih pacijenata u anketnom upitniku izjasnio kako su u mirovini i to najčešće invalidnoj. Taj podatak ne čudi s obzirom na činjenicu kako su duševne smetnje drugi najčešći uzrok invaliditeta u RH, neposredno nakon bolesti lokomotornog sustava. U Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom stoji podatak kako je u 2017. godini 25,3% upisanih korisnika bilo uslijed duševnih smetnji. Prevalencija invaliditeta uslijed duševnih poremećaja na razini RH iznosi 30/1000 stanovnika. Samo deset godina ranije (2007. godina) duševne smetnje su učestvovala u ukupnom invaliditetu sa 16% i bile su smještene na četvrto mjesto. U

zemljama Europe su se neuropsihijatrijski poremećaji smjestili na drugo mjesto vodećih uzroka invaliditeta (8,9).

Dijagnoze koje u većoj mjeri ili u potpunosti dovode do invaliditeta, a prema MKB-10 šifraniku spadaju u Mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja (F00-F99) su demencije i psihoorganski sindromi (F00-F07), psihoze (F20, F22, F25), teška i duboka mentalna retardacija / intelektualne teškoće (F72, F73, F78.4) te pervazivni razvojni poremećaj (F84) (6,9).

Osim obiteljskih problema, borbe s invaliditetom i posljedičnim nižim socioekonomskim statusom, većina psihičkih bolesnika se nosi i s nizom predrasuda koje ima okolina, odnosno bivaju stigmatizirani. Stigma se može definirati kao oznaka srama, odnosno neprihvatanja od okoline koja rezultira izbjegavanjem i odbijanjem pojedinca. Stigma mentalnih poremećaja dovodi do nerazumijevanja i diskriminacije psihičkih bolesnika u zajednici. Psihičke bolesti čine skupinu bolesti koja je najviše stigmatizirana i povezuju se sa preuranjenom smrću i poniženjem. Stigmatizacija je dovela do smanjene mogućnosti pronalaska posla, nesamostalnosti u svakodnevnom životu i izostanku kvalitetnih intrapersonalnih odnosa. Stigma se dovodi u vezu sa svim psihičkim poremećajima, ali je najviše izražena kod pojedinaca čije ponašanje odstupa od društvenih normi. Krajnji rezultat stigmatiziranja jest marginalizacija psihičkih bolesnika na temelju njihova zdravstvenog stanja (10).

Zbog stigme, osobe koje boluju od psihičkih poremećaja su:

- odbačene od prijatelja, članova obitelji, susjeda i poslodavca što vodi ka osjećaju odbijanja, samoći i depresiji
- uskraćeno im je jednako sudjelovanje u obiteljskom životu, normalnom društvenom životu i napredovanje na radnom mjestu

Stigma ima štetan učinak na traženje pomoći, ali i na sam oporavak osobe s psihičkim poremećajem. Veliki problem je što izostaju podrška i prihvatanje od okoline i kada je osoba svijesna svog problema i aktivno se liječi. Odbijanje koje svakodnevno doživljavaju u svim sferama života negativno utječe i na obitelj oboljele osobe, koja također biva izolirana i ponižavana (10).

Najveći problem stigme mentalnih poremećaja jesu mitovi, neznanje i negativni stereotipi koji su uvriježeni u zajednici. Oboljele od psihičkih bolesti se doživljava kao opasne, nesposobne

za samostalan život, slabije koji su odgovorni i sami krivi za svoju bolest te kao neizlječive bolesnike (10,11).

Stigma nije samo usmjerena ka psihijatrijskom bolesniku, već i na psihijatriju kao granu medicine, psihijatrijske ustanove te na psihijatrijske stručnjake (12).

Unatoč dobrim namjerama, zdravstveni djelatnici su među skupinama koje osobe s mentalnim bolestima najčešće identificiraju kao stigmatizirajuće prema njima. Pacijenti se nerijetko osjećaju kao da su pod pokroviteljstvom, ponižavani, tretirani kao djeca, isključeni iz donošenja odluka o vlastitom liječenju i mnogi ih doživljavaju kao da nemaju sposobnost biti odgovorni za vlastiti život i odluke o liječenju. Ostali problemi uključuju nedostatak informacija o njihovoj bolesti i mogućnostima liječenja, prognostički negativizam, a ponekad i prisilno liječenje (13).

4. BIOETIČKI ASPEKT ODNOSA S PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTOM

Vrijeme u kojem živimo karakteriziraju brze promjene, izmijenjen i ubrzan ritam života, nezadovoljstva i psihičke napetosti, koji uz sukobe, nesuglasice, neuspjehe i gubitke dovode do patnje i osjećaja besperspektivnosti. Sve se to može odraziti na mentalno zdravlje pojedinca. Zbog navedenih promjena javljaju se i novi etički problemi koji sa sobom nose sve složenije uvjete za medicinsko osoblje i laike koji sudjeluju u donošenju odluka (3).

Kako društvo, tako i pacijenti iz dana u dan postaju sve zahtjevniji, pri čemu zdravstveni djelatnici ne mogu ili ne znaju odgovoriti u potpunosti tim zahtjevima. Na taj način se mogu javiti nesporazumi koji rezultiraju pravnim, etičkim i materijalnim posljedicama. Zato je kvalitetna edukacija zdravstvenih djelatnika od izrazitog značaja. Jedan od glavnih ciljeva edukacije o zaštiti mentalnog zdravlja jest poticanje struke i javnosti da se problemi bolesnika s mentalnim poremećajima stave u središte pozornosti i time se poboljša njihov položaj u društvu i da se spriječi potencijalno neetičko ponašanje (3).

Duševni poremećaji nastaju kao rezultat složenih socijalnih, psiholoških i bioloških interakcija. Zbog složenosti poremećaja i prirode same bolesti, u kojoj pojedinac nerijetko nije sposoban raspoznati i izboriti se za sebe i svoja prava, riječ je o osjetljivom medicinskom području. U 1997. godini je u Republici Hrvatskoj donesen „Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“. Njime se propisuju temeljna načela, organizacija i način provođenja zaštite te primjena mjera i postupanje prema osobama koje boluju od psihičkih bolesti. Osobe oboljele od psihičkih bolesti

se često susreću sa diskriminacijom i stigmom. Od izrazite važnosti je to izbjeći kada se osobi s psihijatrijskom dijagnozom pristupa kao pacijentu, bilo sa stajališta liječnika ili medicinske sestre. Iz tog razloga je u etičkom kodeksu psihijatrijske profesije istaknuto kako je važno:

- poštivanje autonomije pacijenta
- odnos s poštovanjem prema pacijentu
- zaštita interesa i prava pacijenta
- odnos temeljen na dogovoru, povjerenju i uzajamnom poštivanju (kao i poštivanju privatnog života) (3)

5. HOLISTIČKI PRISTUP PSIHIJATRIJSKOM PACIJENTU

5.1.HOLISTIČKI PRISTUP U MEDICINI

Holistički pristup liječenja pacijenta podrazumijeva cjelovit pristup ljudskom zdravlju. To je filozofija koja ne uzima u obzir samo pojedine djelove, već cjelinu. Ljudsko tijelo jest cjelina koja funkcionira na principu uvjetovanosti skladnog i uzajamnog suživota, a ne mehanizam sastavljen od djelova koji zasebno djeluju. Ukoliko zataji jedan dio, čitava je cjelina ugrožena. Sve se više prihvaća činjenica kako je potrebno liječiti čovjeka, a ne bolest. Prema tome, u slučaju iste bolesti iste metode liječenja ne moraju nužno davati iste rezultate. Sve više medicinskih djelatnika i zdravstvenih ustanova počinje uz njegovanje i poboljšavanje dosadašnjeg stupnja razvoja medicine zagovarati holizam – cjeloviti pristup zdravlju čovjeka, čija svrha nije samo liječenje bolesti ili oboljelog organa, već liječenje osobe. U holističkom pristupu je najvažnije imati u vidu cjelovitost, to jest nedjeljivost fizičkog od psihičkog (1).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definicijom zdravlja smatra „stanje potpunog fizičkog mentalnog i socijalnog zdravlja, a ne samo odsudstvo bolesti ili nemoći“ (14).

Tri ideje ključne za poboljšanje zdravlja proizlaze iz ove definicije: mentalno zdravlje je sastavni dio zdravlja pojedinca, mentalno zdravlje je više od odsutnosti bolesti i mentalno zdravlje je usko povezano s fizičkim zdravljem i ponašanjem. Prema tome, mentalno zdravlje je važna sastavnica zdravlja u cjelini. Definicija mentalnog zdravlja jest da je to „stanje blagostanja u kojem je osoba svjesna vlastitih sposobnosti, može se nositi s normalnim stresom

u životu, može produktivno i plodonosno raditi te može dati doprinos zajednici u kojoj živi“ (15).

5.2.PSIHIJARIJA USMJERENA OSOBI

Unatoč velikim trokovima liječenja, psihijatrija nije uspjela dovesti do značajnijeg poboljšanja prosječne razine sreće i dobrobiti opće populacije. Praktični neuspjeh psihijatrije u poboljšanju blagostanja rezultat je pretjerane usmjerenosti ka stigmatizirajućim aspektima mentalnih poremećaja i zanemarivanje metoda koje utječu na pojačavanje pozitivnih emocija, razvoja karaktera, zadovoljstva životom i duhovnosti. S druge strane, psihijatrija se već dugi niz godina smatra medicinskom specijalnošću koja je najviše prilagođena slušanju pacijenta od svih grana medicine. Međutim, taj odnos je bio jednosmjernan. Liječnik je slušao pacijenta te je na temelju toga postavio dijagnozu i propisao adekvatnu terapiju (16,17).

Iz tog razloga se terapija sve više počela usmjeravati ka pojedincu kao osobi, a ne kao određenoj dijagnozi, te liječenju koje se ne temelji samo na biološkom aspektu ličnosti, nego i ostalim sastavnicama koje utječu na osobu. Ove promjene se dovele do sve veće usmjerenosti na pacijenta, njegujući holistički pristup liječenja (16,17).

Holistički pristup psihijatrijskom pacijentu se može proučiti kroz temeljna načela „psihijatrije usmjerene osobi“, koja predstavlja dio šireg pojma – „medicine usmjerene osobi“. Psihijatrija usmjerena osobi označava pokušaj postavljanja pojedinca kao cjeline u središte zanimanja. Medicinski pristup pojedincu treba podrazumijevati njegovu sveobuhvatnost te težiti zdravlju u svim pogledima. Kako bi se to moglo, valja uzeti u obzir biološki, psihološki te sociološki i kulturološki aspekt pojedinca (biopsihosocijalni model), ali i njegovu duhovnost te okolinu koja ga okružuje, uzimajući u obzir svu složenost međuodnosa koji postoje u njoj. Cilj takvog pristupa pacijentu je ne samo razumjeti osobu u njenim problemima, nego i potaknuti osobu da prihvati zdravlje kao životni projekt i omogućiti joj pomoć u ostvarivanju istog. Osnovna razlika medicine usmjerene osobi i psihosomatske medicine jest u tome što se psihosomatska medicina bavi povezanošću tijela i uma, dok medicina usmjerena osobi uključuje i aspekt društvenih odnosa (odnos s pacijentom, međusobni odnos zdravstvenih djelatnika i odnos s obitelji pacijenta) (18).

Medicina usmjerena prema osobi je prema tome međunarodno istražena i znanstveno dokazana potreba da se znanstvena osnova zdravstvene njege pacijenta integrira s duhovnim, vjerskim i etičkim vrijednostima (19).

Ovaj model skrbi stavlja veći naglasak na uključenost pacijenta u određivanje ciljeva liječenja koji su njemu važni i prirodu skrbi. Smisleni ciljevi za pacijente obično nadilaze samo ublažavanje ili uklanjanje simptoma. Oni uključuju kvalitetu života, adekvatno funkcioniranje u zajednici i sposobnost brige o samom sebi. U holističkom pristupu cilj brige o pacijentu nije samo smjestiti pacijenta u fokus medicinske skrbi, već i stvoriti partnerski odnos medicinskog djelatnika i pacijenta u zajedničkom donošenju odluka. To obuhvaća i adekvatnu informiranost pacijenta (pružanje informacija o rizicima i koristima specifičnih tretmana ili pristupa), dijalog i prepuštanje krajnje odluke o liječenju pacijentu (17).

Prednost ovakvog pristupa jest u tome što pacijent ima veću ulogu u odlučivanju (bilo da je liječ o terapiji ili zdravstvenoj njezi), a medicinsko osoblje bolje razumije potrebe i brige pacijenta. Velika prednost holističkog pristupa je i znatno veći postotak pacijenata koji su suradljivi i pridržavaju se propisane terapije. U psihijatriji, kao i u svakoj grani medicine je od neizmjerne važnosti pridržavanje pacijenta dogovorenim metodama liječenja. Ukoliko pacijent nije sklon pridržavanju medicinskih savjeta povećava se broj recidiva, hospitalizacija i smanjuje se kvaliteta života (17,19).

Poticanje pacijenata da budu aktivni sudionici u liječenju često zahtjeva adekvatno obrazovanje pacijenta o vlastitoj bolesti kao i o mogućnostima terapije. Na taj način se osigurava da je pacijent spreman postaviti relevantna pitanja i razumjeti odgovore. Valja uzeti u obzir da je ovaj proces svakako teži, ali učinkovitiji za one pacijente čiji poremećaj umanjuje kognitivne sposobnosti i sposobnost odlučivanja (17).

5.3.RAZLIKA SKRBI ZA OSOBU I SKRBI ZA PACIJENTA

Unatrag nekoliko desetljeća je došlo do znatnog odmaka od paternalizma u model usmjeren autonomiji pacijenta. Medicina je doživjela mnoštvo praktičnih inicijativa poput suosjećajne skrbi, prakse temeljene na oporavku, prakse temeljene na vrijednosti, pristupa temeljenog na ljudskim pravima, duhovnosti i cjelovite skrbi koja ima središnje mjesto za dobrobit i dostojanstvo pacijenta (20).

Skrb usmjerena osobi se bitno razlikuje od skrbi usmjerene pacijentu. Briga o pacijentu uključuje zdravstvenu njegu pacijenta s poštovanjem i dostojanstvom te obraćanje pozornosti na pacijentove vrijednosti i psihosocijalni kontekst, ali u konačnici je sve to u službi postavljanja dijagnoze i adekvatnog liječenja. U suptilnom, ali značajnom pomaku, skrb usmjerena osobi jest usmjerena na pacijentovu povijest, snage, vrijednosti, uvjerenja i sl. To nije samo informiranje o dijagnozi i liječenju, već pomoć u postizanju kvalitete života (13,20).

Skrb usmjerena osobi postaje važan model skrbi i počinje sve više utjecati na politiku zdravstvenih ustanova. Zdravstvena njega usmjerena osobi se prikazuje kao briga o pacijentu uz poštovanje pacijenta kao pojedinca s ciljem organizacije zdravstvene njege kako bi se zadovoljile potrebe pacijenta. Kako bi se pružila skrb usmjerena osobi mora se moći vrednovati cjelokupnost pojedinca. To zahtjeva od medicinskih djelatnika promjenu koncepta liječenja bolesnika, s naglaskom na znanstveno na holistički pristup. Njega usmjerena na osobu se također temelji na ideji da pacijent nije pasivni primatelj skrbi, već aktivni partner (13).

Postoje brojne definicije skrbi usmjerene osobi, međutim sve one se temelje na pet osnovnih principa:

- poštovanje
- pravo na izbor
- sudjelovanje u odlučivanju i liječenju
- pristup i podrška
- informiranje

Glavni cilj skrbi usmjerene osobi jest pružiti suosjećanje i poštovanje ljudskom dostojanstvu, pružiti koordiniranu i personaliziranu skrb, podršku i liječenje, podržati osobu da prepozna i razvije vlastitu snagu i sposobnost kako bi mogla živjeti neovisan i ispunjen život (20).

6. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL ZDRAVLJA

George Engel je 1977. godine postavio temelje biopsihosocijalnog modela zdravlja. Cilj ovog modela jest integracija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika kako u liječenju, tako i u proučavanju i prevenciji bolesti. Mnogostruka djelovanja na zdravlje se odvijaju unutar jedinstvenog sustava (s biološkim, psihološkim i socijalnim podsustavom koji su u interakciji) koji je specifičan za svakog pojedinca. Centar interesa biopsihosocijalnog modela nije sama bolest, već bolestan čovjek. Biopsihosocijalni model objašnjava kako unatoč istoj dijagnozi, dva pacijenta mogu imati potpuno različit tijek bolesti i zahtijevati sasvim drugačiji pristup u liječenju (21). Uloga psihosocijalnih čimbenika u razvoju bolesti je dugo vremena bila zanemarivana. Danas se smatra kako procesi na mikrorazini (primjerice hormonalni disbalans) i na makrorazini (primjerice postojanje socijalne podrške) međusobom interakcijom dovode do zdravlja ili bolesti (22). Engel smatra kako su psihološki i socijalni čimbenici u tolikoj mjeri isprepleteni s biološkim čimbenicima da uvelike pridonose tijeku i ishodu liječenja, te da odnos pacijenta sa zdravstvenim djelatnicima (pacijent - liječnik, pacijent - medicinska sestra) može djelovati na brzinu oporavka. Kako bi se pacijentu s psihijatrijskom dijagnozom pristupilo individualno, potrebno je osim medicinskih postupaka uključiti i psihološke i socijalne čimbenike koji utječu na funkcioniranje pojedinog pacijenta (21).

6.1.PSIHOLOŠKA PERSPEKTIVA BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA

Individualni psihološki razvoj svake osobe ovisi o interakciji s drugim ljudima. Započinje od odnosa s majkom u ranom djetinjstvu, a nastavlja se s drugim značajnim osobama u djetinjstvu. Taj razvojni proces kulminira u dvije kritične faze separacije. Prva faza je u ranom djetinjstvu, a druga u adolescenciji. Te faze su zaslužne za porast samostalnosti osobe, ali i za zrelije odnose s drugim ljudima (23).

S psihološke perspektive, psihijatrija usmjerena osobi treba obuhvatiti intrasubjektivne i intersubjektivne aspekte kliničkih situacija kada poteškoće u razvojnem procesu dovode do teških psihopatoloških poremećaja. U skladu s kontekstualiziranom definicijom osobe („ja sam ja i moje okonosti“), holistički pristup psihijatrijskom bolesniku se mora usredotočiti na individualno iskustvo pacijenta, uključujući i njegovu subjektivnost, obiteljske odnose i društveno okruženje (23).

Kako bi se razumjelo i procijenilo psihopatologiju ličnosti potrebno je uzeti u obzir četiri psihološke dimenzije: fenomenološku, strukturalnu, metaforičku (simboličku) i obiteljsku (okolišnu). Fenomenološka dimenzija podrazumijeva pacijentovo iskustvo vezano uz bolest i učinak bolesti na osobni i društveni život. Ova dimenzija uključuje psihološku patnju, kvalitetu života i slične procese. Radi se o subjektivnoj dimenziji, ali ju se isto tako može smatrati glavnim aspektom mentalnog poremećaja. Prema tome može se reći kako definira pacijentovu kliničku situaciju i njegovo općenito postojanje. Strukturalna dimenzija označava psihološko funkcioniranje pojedinca na kojem se temelji poremećaj te globalnu organizaciju psiholoških funkcija. Osim simptoma bolesti se u obzir uzima i normalna ili patološka osobnost koja se razvije. Ova dimenzija nije vezana samo uz psihopatološke elemente, već i uz ukupnu organizaciju pacijentova unutarnjeg života. Metaforička ili simbolička dimenzija obuhvaća nesvjesna i svjesna značenja simptoma i drugih životnih događaja te način predstavljanja poremećaja u naraciji pacijenta. Ova dimenzija je ključna za procjenu mentalnog poremećaja i za pristup liječenju. U nekim slučajevima elementi metaforičke dimenzije mogu imati etiološku ulogu. Obiteljska ili okolišna dimenzija je naizraženija u akutnim kriznim situacijama i u situacijama u koje su uključene osobe s povećanom ovisnošću o najbližima. Akutne krizne situacije obuhvaćaju smrt u obitelji (uključuje i pokušaj samoubojstva i samoubojstvo), akutne i/ili prolongitane obiteljske krize, razvod. Situacije koje uključuju osobe s povećanom ovisnošću o najbližima obuhvaćaju one situacije u kojima su djeca (ovisnost o obitelji), adolescenti (obiteljska terapija pomaže u postavljanju psiholoških granica između članova obitelji čime se jača individualni razvoj osobe, ali i jačanjem izvanobiteljskih kontakata). U ovu skupinu spadaju i odrasli pacijenti koji boluju od shizofrenije i drugih psihoza, osobe s graničnim poremećajem ličnosti, ovisnici, pacijenti s teškim poremećajem hranjenja, starije osobe. Zajednička karakteristika ovih pacijenata je nedovoljna individualizacija s posljedičnom ambivalentnom ovisnošću o drugima. Pokazalo se kako uključivanje obitelji u proces liječenja ima ne samo informativni, već i važan terapijski značaj (23).

Za razliku od standardnih dijagnostičkih kriterija, ove četiri dimenzije nisu samo subjektivne nego i holističke. Prepoznavanje i procjena dimenzija zahtjeva poboljšanje parametara i smjernica, izvan rigidnosti i uskog opsega medicine temeljene na dokazima, a tome je nekoliko razloga:

- holistička perspektiva podrazumijeva stalne interakcije između bolesti i pozitivnih aspekata zdravlja

- subjektivne sastavnice se odnose na viđenje medicinskog osoblja, pacijenta i njegove obitelji te na pažnju koja se pridaje pacijentu i empatiji medicinskog osoblja

U ovom pristupu se naglašava važnost njegovanja ljudskih vrijednosti uz tradicionalno biomedicinsko razmatranje dokaza. Takva šira perspektiva može približiti psihijatriju potrebama pacijenta, povećati učinkovitost zdravstvene njege pacijenta, ali i poboljšati promociju zdravlja u cjelini. Sve ovo navedeno je u skladu sa „salutogenezom“ prema kojoj osoba u bilo kojem trenutku može biti u kontinuumu zdravlja te se pomicati unutar njega što znači da osoba nikad nije ni potpuno zdrava ni potpuno bolesna. Zdravlje i bolest prema ovom konceptu nisu suprotni entiteti, već dvije međusobno povezane i preklapajuće komponente koncepta zdravlja (23).

6.2.BIOLOŠKA PERSPEKTIVA BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA

Biološki utjecaj na mentalno zdravlje, odnosno na razvoj mentalnih bolesti je različit, a uključuje genetiku pojedinca, hormonalnu ravnotežu ili disbalans, prehranu, prethodne fizičke traume, infekcije i izloženost toksinima (24).

Dokazano je kako se mnogi mentalni poremećaji javljaju kod osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom, odnosno za njih postoji genetska predispozicija. U shizofreniji, na primjer, ako jedan monozigotni blizanac razvije bolest, postoji vjerojatnost od 60% da će i drugi blizanac razviti poremećaj. Obzirom na činjenicu da je incidencija shizofrenije u općoj populaciji 1%, jasno je da genetski čimbenici imaju važnu ulogu u razvoju bolesti. U isto vrijeme, 40% blizanaca neće razviti bolest, što sugerira na to da geni nisu jedini koji utječu na razvoj bolesti, ali imaju važan utjecaj. Određeni okolišni čimbenici imaju ulogu u ekspresiji bolesti kod onih pojedinaca s postojećim genetskim rizikom (24).

6.3.SOCIJALNI I KULTURALNI ASPEKT BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA

Socijalni čimbenici uključuju socioekonomski status, kulturu, tehnologiju i religiju (24).

Socijalni čimbenici su se pokazali kao neizostavan dio u formiranju zdravlja osobe. House i sur. su još 1988. godine utvrdili kako emocionalna izoliranost ima gori učinak na zdravlje od pušenja, arterijske hipertenzije, pretilosti i dislipidemije. Steptoe i sur. su 2003. godine utvrdili kako su emocionalna izoliranost i usamljenost povezane s arterijskom hipertenzijom, povišenim razinama kortizola u krvi te smanjenim porastom NK stanica u stresnim situacijama (22).

Gubitak posla ili prekid ljubavne veze može dovesti do značajnog stresa i posljedično do razvoja bolesti. Takvi životni događaji mogu predisponirati razvoj depresije kod pojedinca, koja uz to može pridonijeti razvoju fizičkih bolesti. Utjecaj društvenih čimbenika široko je poznat u mentalnim poremećajima kao *anorexia nervosa*. Modna industrija i mediji promiču nezdrav standard ljepote koji naglašava mršavost kao poželjnu osobinu i uzdiže je iznad zdravlja. To dovodi do stvaranja društvenog pritiska da se postigne „idealna“ slika tijela unatoč očitim zdravstvenim rizicima (24).

Aдекватna socijalna podrška može pomoći smanjiti razinu stresa, čak i samo vjerovanje kako podrška neće izostati. Socijalnom podrškom se obično smatra podrška od članova obitelji i kruga prijatelja, no važno je ne zaboraviti ni potrebnu podršku pacijentu unutar zdravstvenog sustava, kao ni podršku unutar zajednice (22).

Kulturalni čimbenici su također uključeni u društvenu domenu. Razlike u okolnostima, očekivanjima i sustavima vjerovanja različitih kulturnih skupina pridonose različitim stopama prevalencije mentalnih poremećaja i različitom izražavanju simptoma bolesti. Primjerice, *anorexia nervosa* ima znatno višu incidenciju u zapadnim zemljama, gdje se jače naglašava mršavost kao poželjna tjelesna karakteristika. Kulturni čimbenici se čak mogu razlikovati unutar jednog grada, od područja grada gdje pretežno žive ljudi s nižim primanjima ka područjima s višim dohotkom, pa se i stopa poremećaja i bolesti razlikuje. U nekim slučajevima kultura čak može promijeniti biologiju, kao što pokazuju epigenetička istraživanja. Naime, istraživanja sugeriraju da okolina zapravo može promijeniti genetski kod pojedinca. Tako na primjer istraživanja pokazuju da su pojedinci koji su izloženi prenapučenosti i siromaštvu izloženiji riziku za razvoj depresije sa stvarnim genetskim mutacijama koje se formiraju tijekom samo jedne generacije (24).

Okolišni čimbenici povećavaju vjerojatnost kliničke ekspresije mentalnih poremećaja, igraju ulogu u pojavi simptoma bolesti, ali mogu i ublažiti ili spriječiti simptomatološku bolest kod osobe koja ima genetsku predispoziciju za razvoj iste. Stresni događaji modificiraju imunološki odgovor pojedinaca i odgovor na liječenje. Nepridržavanje terapijskih mjera i psihosocijalnih intervencija može dovesti do slabijeg oporavka urednih psihosocijalnih funkcija, učestalih recidiva bolesti (2).

6.4.NEDOSTACI BIOPSIHOSOCIJALNOG PRISTUPA

Među nedostacima biopsihosocijalnog modela najčešće se ističu:

- nedostatak konciznog teorijskog okvira koji se odnosi na funkciju i sadržaj
- kompliciranost
- poteškoće u koordinaciji i raspodjeli odgovornosti
- problem višestrukog obrazovanja (2)

Kritike upućene biopsihosocijalnom modelu su:

- ne predstavlja znanstveni ili filozofski model
- ne daje odgovor na ključno pitanje, a to je na koji način biološke, psihološke i socijalne varijable međusobno djeluju u ekspresiji bolesti
- ne daje smjernice o točnom vremenu primjene
- omogućuje široki raspon intervencija bez pružanja posebnih smjernica konkretne terapijske sheme (2)

Biopsihosocijalni model, unatoč kritikama kojima je podvrgnut, i dalje nudi vrijedne kliničke, obrazovne i istraživačke usluge, kao i važan doprinos oblikovanju zdravstvene politike (2).

6.5. OGRANIČENJA BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA U PSIHIJATRIJI

Posvećenost integriranoj, neredukcionističkoj kliničkoj i teorijskoj perspektivi u medicini koja poštuje važnost svih relevantnih područja znanja, a ne samo biološke aspekte osobe, jasno je vidljiva u Engelovim izvornim spisima o biopsihosocijalnom modelu. Premda je utjecaj ovog modela na modernu psihijatriju (kako u kliničkim, tako i u obrazovnim segmentima) značajan, sve veći broj nove literature je kritičan prema njemu. Glavne kritike su nedostatak filozofske koherencije, neosjetljivost na subjektivno iskustvo pacijenta, nepovjerljivost prema općoj teoriji sustava (Engel tvrdi kako izaziva nediscipliniran elektricizam koji ne pruža nikakvu zaštitu od dominacije ili nedovoljne zastupljenosti bilo koje od tri sastavnice – biološke, psihološke ili društvene) (25).

Kritičari modela smatraju kako je suvremena psihijatrija neuravnoteženija nego ikad te da ovaj pristup liječenja psihijatrijskih bolesnika je pristran u korist biomedicinskih i neuroznanstvenih nauka. Također, postoji zabrinutost zbog činjenice da unatoč primjeni biopsihosocijalnog modela, on ne osigurava da će kliničar u terapijske kontekste uvesti kvalitete poput empatije, iskrenosti, pouzdanosti i sl. (25).

7. PSIHIJATRIJSKO SESTRINSTVO KROZ POVIJEST

Pojava sestrinstva u psihijatrijskom kontekstu seže u 19. stoljeće, kada se javlja kao novi oblik brige o psihički oboljelim osobama. Već je tada prepoznata važna uloga medicinske sestre u psihijatriji, kako za brigu o oboljelima, tako i u terapiji bolesnika. Pod terapijskim djelovanjem se smatra sposobnost medicinske sestre da svojim djelovanjem i komunikacijskim vještinama utječe na pacijente (26).

U Massachusettsu je 1882. godine osnovana prva škola koja je obučavala psihijatrijske medicinske sestre, a 1902. godine u Halmitonu je osnovana škola za obučavanje medicinskih sestara u sklopu psihijatrijske bolnice. Na počecima obrazovanja psihijatrijskih sestara osnovana je prva specijalizirana škola za psihijatrijsku zdravstvenu njegu. Osnivanjem škola i početkom obrazovanja medicinskih sestara mijenja se do tada uvriježeno mišljenje kako ženama u medicini nije mjesto. Prva generacija profesionalnih medicinskih sestara je obrazovanje završila 1907. godine, a godinu dana nakon su u pisane u Registar. Prvi registar je izradila Grace Neill. Bio je za sestre općeg smjera, a obuhvaćao je i primjerenu edukaciju. Prema tome, u 19. i početku 20. stoljeća je prepoznata potreba za razvojem specifičnih vještina i drugačijem pristupu zdravstvenoj njezi psihijatrijskih bolesnika. Sestrinski pristup pacijentu se temeljio na sugestivnosti, ljubaznosti i okupaciji (26,27).

U počecima sestrinskog djelovanja u psihijatriji na njih se gledalo kao na „čuvare ludih“, međutim liječnik William Ellis je 1936. godine primjetio kako baš medicinske sestre imaju sposobnost umiriti pacijente i njihovu obitelj i dati im nadu. Dvadeseto stoljeće je označilo procvat i napredak psihijatrijskog sestrinstva. Medicinske sestre su postale priznate u psihijatriji, a profesija postaje neovisna i kao takva postaje dio svjetske medicine. Sedamdesetih godina 20. stoljeća u Velikoj Britaniji je započeta posebna izobrazba za psihijatrijsku medicinsku sestru u zajednici (26).

Psihijatrijsko sestrinstvo u RH započinje osnivanjem psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara. Sastanci su se održavali najmanje jednom godišnje, s ciljem razmjene iskustava, pisanja radova, održavanja sekcija kako bi se doprinjelo daljnjoj edukaciji. Darja Benussi je viša medicinska sestra koja je imala veliki utjecaj na razvoj psihijatrijskog sestrinstva u RH. Zalagala se za razvoj psihijatrijskog sestrinstva, kao i za stručnu edukaciju psihijatrijskih medicinskih sestara. Prekretnicom u obrazovanju psihijatrijskih medicinskih sestara u RH se

smatra tek 2009. godina, kada je svoja vrata otvorio prvi diplomski sveučilišni studij lociran u Zagrebu (27).

U današnje vrijeme psihijatrijsko sestrinstvo se sve više temelji na holističkom pristupu pacijentu, kao pristupu s nizom dobrobiti za pacijenta.

Psihijatrijskim medicinskim sestrama se najčešće smatraju samo one medicinske sestre čiji djelokrug rada se odvija na psihijatrijskim odjelima, međutim psihijatrijskom medicinskom sestrom se može smatrati svaku sestru koja sudjeluje i doprinosi u skrbi za mentalno zdravlje u zajednici.

8. SESTRINSTVO U PSIHIJATRIJI

Izazovi sestrinske skrbi o psihijatrijskim bolesnicima rastu iz dana u dan kako se dolazi do novih spoznaja o samom bolestima, razvijaju se nove tehnologije koje zdravstvenoj njezi daju sasvim novu dimenziju, a sestrinska skrb o bolesniku postaje sve više specijalizirana i autonomna (28).

Znanje o psihijatriji i psihijatrijskim bolestima svakim danom biva sve veće. Genetska istraživanja su otvorila nova područja istraživanja etiologije raznih poremećaja, poput shizofrenije, bipolarnog poremećaja, demencije i autizma. Neuroloimunološka istraživanja su usmjerena ka ulozi imunskog sustava u razvoju mentalnih poremećaja. Porast broja komorbiditeta kod psihijatrijskih bolesnika povećava potrebu za liječenjem. Primjerice, šećerna boles ili hipertenzija imaju utjecaj na liječenje psihijatrijskog bolesnika. Izazov za medicinske sestre jest biti u toku sa svim novim saznanjima kako bi zdravstvena njega bolesnika bila što kvalitetnija (28).

Iako je teoretsko i praktično znanje od neizmjerne važnosti, najvažnije oruđe koje medicinska sestra posjeduje u odnosu s psihijatrijskim pacijentom jest ona sama. Izgradnjom odnosa pacijent se uči vjerovati medicinskoj sestri, koja po uspostavljanju povjerenja može postići značajno bolje rezultate u vođenju, edukaciji i brigi o pacijentu (28).

Prilikom prijema psihijatrijskog pacijenta je često prisutan strah i već je tada zamjetna važnost uloge medicinske sestre. Prvi susret bolesnika s medicinskom sestrom je veoma važan jer pridonosi stvaranju povjerenja, sigurnosti (iako su pacijenti čest oopterećeni dvojabama ili

unutarnjim strahovima) i empatije. Uspostava odnosa povjerenja je važna radi osiguravanja sigurne okoline. Od jednake je važnosti razumijevanje za promijenjenu percepciju stvarnosti kod pacijenta (29).

Sestrinska praksa u ovom specifičnom medicinskom području obuhvaća sestrinsku skrb o pacijentu s aktualnim ili potencijalnim psihičkim poremećajem s ciljem:

- promicanja i poticanja zdravlja i sigurnosti
- procjene razine onesposobljenosti pacijenta
- pomoći pacijentu povratiti ili poboljšati sposobnost nošenja s bolešću
- prevenirati daljnje pogoršanje stanja (28)

Intervencije psihijatrijske medicinske sestre se temelje na:

- prikupljanju podataka o pacijentu (probir, evaluacija i trijaža pacijenata)
- planiranju zdravstvene njege, njenom provođenju i evaluaciji njena ishoda
- procjeni mentalnog statusa
- razumijevanju i adekvatnoj procjeni interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (biopsihološke intervencije)
- razumijevanju terapijskih metoda (tehlike pregovaranja, specifične intervencije u slučaju kriznih stanja, grupne terapije)
- razumijevanju i reproduciranju osnovnih pojmova vezanih za promociju mentalnog zdravlja
- unapređenju duševnog zdravlja
- razvijanju humanijeg odnosa prema psihijatrijskim bolesnicima
- promociji mentalnog zdravlja i brige o samom sebi
- pomoći bolesnicima i njihovoj obitelji u suočavanju s bolešću (edukacija, savjetovanje i rehabilitacija) (28,30)

8.1. TEMELJNA NAČELA SESTRINSKE SKRBI O PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTIMA

Kako bi sestrinska skrb prema pacijentu s psihičkim poremećajem bila kvalitetna, važno je poštivanje temeljnih načela sestrinske skrbi prema osobama s psihičkim smetnjama. Osnovna načela sestrinske skrbi su određena poimanjem mentalne bolesti, sestrinstva kao struke, naravi ljudskog bića, ali i kulturalnog i socijalnog okruženja. Obzirom da je riječ o specifičnom i osjetljivom medicinskom području, većina temeljnih načela određuje odnos medicinske sestre te etičko postupanje prema psihijatrijskom bolesniku. Upravo je taj odnos osnova za pružanje osnova pružanja kvalitetne sestrinske skrbi (3).

- Poštivanje načela privatnosti i dostojanstva

Načelo privatnosti i dostojanstva obuhvaća uvažavanje slobode izbora, čuvanje tajne i podržavanje samopoštovanja. Jedna od temeljnih ljudskih potreba jest poštovanje od drugih ljudi te samopoštovanje. To je ujedno i osnova ovog načela. Psihijatrijskim bolesnicima se dostojanstvo i privatnost nerijetko narušavaju, od narušavanja tjelesne privatnosti do omalovažavanja i etiketiranja. Prilikom hospitalizacije se nizom aktivnosti može narušiti ovo načelo, primjerice kupanjem pacijenta uz širom otvorena vrata ili bez paravana, vezanje bolesnika, oslovljavanje bolesnika dijagnozom ili mjestom u sobi, uskraćivanje objašnjenja, ne traženje ili formalno traženje pristanka za medicinske postupke, prenošenje povjerljivih informacija. Takvo postupanje može kod bolesnika i članova njegove obitelji dovesti do anksioznosti (3).

- Poštivanje načela bezuvjetnog prihvaćanja

Načelo bezuvjetnog prihvaćanja obuhvaća pružanje pomoći bez osude. Ovo načelo se najčešće krši nesvjesno, podjelom pacijenata na simpatične i nesimpatične. Dublje kršenje ovog načela se javlja neprihvaćanjem bolesnika i uskraćivanjem skrbi onima koji su nesimpatični. U toj skupini se najčešće nalaze pacijenti niskog društvenog statusa, niskih moralnih vrijednosti, problematičnog ponašanja, medicinske dijagnoze koje pobuđuju strah kod osoblja te nesigurnost osoblja u vlastitu stručnost (3).

Nemoguće je očekivati kako će medicinskoj sestri svaki pacijent biti jednako simpatičan, niti da će sa svakim moći uspostaviti jednako kvalitetan odnos, međutim važno je ne smetnuti s uma kako svaki pacijent ima pravo na kvalitetnu sestrinsku skrb (3).

Načelo autonomije i načelo dobročinstva su u konfliktu u brojnim kliničkim situacijama. Ostali etički principi uključuju pravednost, ne činjenje štete, paternalizam, istinitost. Pravednost označava obavezu odnošenja prema svim pacijentima jednako i pružanja najkvalitetnije moguće sestrinske skrbi. Ne činjenje štete, kao što sam naziv kaže označava obavezu da se ne učini ništa što bi moglo prouzrokovati individualnu štetu ili štetu većih razmjera. Paternalizam je vjerovanje kako znanjem i edukacijom zdravstveno osoblje ima pravo donositi odluke vezane uz pacijenta, a radi njegove dobrobiti. Paternalizam može biti u izravnom sukobu s načelom autonomije. Istinitost je obveza govorenja istinitih podataka pacijentu. To se može činiti jednostavnije nego što doista jest, naročito u situacijama kada istina nije poznata (npr. pacijent može pitati medicinsku sestru hoće li mu lijek pomoći otkloniti glasove koje čuje ukoliko ga popije) (28).

Kako bi medicinska sestra mogla obavljati svoj posao unutar etičkih okvira neophodno je poznavanje temeljnih prava i bioetičkih načela, promišljati o etičkim dilemama i rješavanju istih. Poznavanje zakona i pacijentovih prava treba uvesti u rješavanje kliničkih dilema (28).

U Republici Hrvatskoj je 22. prosinca 2005. godine Skupština Hrvatske komore medicinskih sestara donijela Etički kodeks medicinskih sestara. Njime su utvrđena osnovna načela profesionalnog ponašanja, odnos prema pacijentu, zaštita pacijenta od rizika, suradnja s drugim zdravstvenim djelatnicima, odnos prema drugim medicinskim sestrama, poštivanje ugleda staleža, poštivanje profesionalne tajne, način rješavanja etičkih pitanja, trajno usavršavanje, osiguranje od odgovornosti (31).

8.2.HOLISTIČKI PRISTUP U PSIHIJATRIJSKOM SESTRINSTVU

Suvremeni pristup sestrinskoj skrbi o psihijatrijskom bolesniku je temeljen na biološkom, psihološkom i socijalnom pristupu. Takav holistički pristup, poznatiji kao biopsihosocijalni model temelji se na stvarnom razumijevanju osobe s mentalnim poremećajem ili emocionalnim problemima i pružanju sestrinske skrbi usmjerene osobi (28).

Vizija pružanja sestrinske skrbi psihijatrijskom pacijentu se treba temeljiti na personaliziranoj skrbi, koordiniranosti i suosjećanju. Psihijatrija sa svojim snažnim biopsihosocijalnim etosom i fokusom na osobu bi trebala biti prirodna misao vodilja kod provođenja ove vizije u praksu. Specifičnosti u psihijatriji predstavljaju dodatne izazove u provedbi sestrinske skrbi usmjerene

osobi, naročito ako se uzme u obzir da je značajan broj pacijenata hospitaliziran protiv svoje volje. Također, isti se problem nazire i u forenzičkoj psihijatriji gdje se javlja konflikt između osobnog i javnog dobra te psihijatrije starije životne dobi gdje se javlja problem osobnih sposobnosti pacijenta (20).

Okvir sestrinske skrbi usmjerene osobi se temelji na četiri preduvjeta:

1. stručnost medicinske sestre
2. radna okolina – okolina u kojoj se pruža zdravstvena njega
3. osobi usmjerena skrb – pružanje skrbi kroz niz aktivnosti
4. očekivani ishod – rezultat učinkovite sestrinske skrbi usmjerene osobi (32)

Holističko sestrinstvo se definira kao svi postupci u sestrinstvu koji za cilj imaju izlječenje osobe u cijelosti. Prema tome holističkom medicinskom sestrom možemo smatrati medicinsku sestru koja prepoznaje i integrira biološke, psihološke, emocionalne, duhovne i okolišne čimbenike u svakodnevnom životu i kliničkoj praksi (28).

U holističkom pristupu sestrinska skrb o pacijentu se sastoji od:

- procjene
- dijagnoze ili identifikacije uzorka, izazova, potreba pacijenta i zdravstvenih problema
- identifikacije mogućih ishoda njege
- planiranja zdravstvene njege
- implementacije plana zdravstvene njege
- evaluacije (28)

Holistički pristup u sestrinstvu se temelji na znanju o sestrinstvu i cjelokupnosti, stručnosti i intuiciji koje vode medicinsku sestru prema razvoju u terapijskog partnera bolesniku s ciljem izlječenja. Holističko sestrinstvo je fokusirano na:

- zaštitu, promociju i optimizaciju zdravlja i dobrobiti za svakog pacijenta
- pomoć u liječenju
- preveniranje bolesti
- ublažavanje patnje
- pružanje potpore pacijentu kako bi pronašao svoj mir, ugodu, harmoniju i ravnotežu uz postojeću dijagnozu (28)

Holistički pristup zdravstvenoj njezi je orijentiran na odnos s pacijentom, a ne samo na dijagnozu i konvencionalno liječenje. Prema tome, holizam u sestrinstvu se može definirati više kao pogled na svijet (28).

Holističko sestrinstvo proizlazi iz pet temeljnih vrijednosti:

- filozofija, teorija i etika
- holistički proces zdravstvene njege
- holistička komunikacija, terapijsko okruženje i kulturalna raznolikost
- holistička edukacija i istraživanje
- holistička samopomoć (20,28)

Holizam u sestrinstvu se temelji na doživljaju ljudskog zdravlja kao integriranog, dinamičkog odnosa zdravlja, bolesti i dobrobiti, a ozdravljenje se vrednuje kao željeni ishod sestrinske skrbi. Sestrinska skrb se temelji na znanstvenim činjenicama (teorija, istraživanja, dokazi, kritičko promišljanje) i umijeću rada s pacijentom (odnos medicinska sestra – pacijent, komunikacija, kreativnost, prisutnost, briga). U holizmu je naročito izražen etički pristup pacijentu, odnosno autoritet svakog pojedinca nad njegovim vlastitim zdravljem. Holistička medicinska sestra daje opcije bolesniku i pomaže mu razumjeti alternativne načine liječenja. Medicinska sestra u odnosu sa svakim pacijentom prvo provjerava što pacijent misli ili vjeruje da mu se događa, a tek onda pomaže u identifikaciji stvarne situacije. Sam pristup i polazište ovise o točki na kojoj se nalazi svaki pojedini pacijent. Tek tada medicinska sestra razmatra opcije, uključujući pacijentove izbore. Holistička medicinska sestra je partner u liječenju, a odnos s pacijentom se temelji na suradnji u kojoj medicinska sestra prvenstveno poštuje odluke pacijenta. Prema tome, holistička medicinska sestra nije iscjelitelj, već vodi i podupire pacijenta na putu ka izlječenju. Fokus djelovanja jest na značenje i kvalitetu života pacijenta (28).

Sestrinska skrb u holizmu obuhvaća cjelokupnost ljudskog bića (tijelo, um, duh, društvo, kulturu, odnose, okoliš). To je integriran i opsežan pristup osobi i njenom zdravlju. Osim fizičke njege, naročito u psihijatriji je važno usmjeriti pažnju na kognitivne i emocionalne procese koji se odvijaju u pacijentu. Osim što mentalni poremećaji sami po sebi nerijetko dovode do težeg društvenog funkcioniranja, već i samo postojanje dijagnoze mentalnog poremećaja utječe na pacijenta, njegovu obitelj, socijalne interakcije i ekonomski status. Vrijednosti koje zastupa pacijent, kultura i religija kojoj pripada imaju znatan utjecaj na život. Medicinska sestra može i treba uključiti i te elemente u proces sestrinske skrbi (npr. kognitivno restrukturiranje, nošenje sa stresom, aromaterapija, vizualizacija...) uz konvencionalne sestrinske intervencije. Time se

postiže mir, uroda, subjektivno poboljšanje i zadovoljstvo zdravstvenom skrbi, što ima utjecaj na izlječenje. Dakle, holistički pristup ne uključuje samo fizički, mentalni, socijalni, emocionalni i kulturalni aspekt, već i duhovni, transpersonalni pristup osobi u cjelini. Duhovni pristup ne obuhvaća samo religiozna vjerovanja osobe, već i osobno doživljavanje života i njegova smisla (28).

8.3.PROVOĐENJE HOLISTIČKE SESTRINSKE SKRBI

- **Zajedničko odlučivanje**

Zajedničko odlučivanje znači provođenje zdravstvene njege pacijenta u skladu s kliničkim dokazima i po najnovijim smjernicama, ali uz uključivanje pacijenta u cjelokupni proces, njegovih osobnih uvjerenja, sustava vrijednosti i njegovih sklonosti. Time se omogućuje pacijentu sudjelovanje u procesu liječenja i donošenju odluka. Ovaj proces je djelomično vođen etičkim načelom autonomije, ali postizanje konsenzusa pokazuje dobrobit i u smislu boljeg pridržavanja pacijenta mjerama liječenja, kao i poboljšanju rezultata liječenja.

- **Nošenje s dijagnozom**

Medicinska sestra treba dati podršku pacijentu u preuzimanju odgovornosti za samog sebe, odnosno za brigu o svom zdravlju kako bi mogao postići željenu kvalitetu života.

- **Koprodukcija**

Izravno sudjelovanje pacijenta u osmišljavanju i isporuci plana zdravstvene njege, ali i šire u oblikovanju puta skrbi s njegovim širim biopsihosocijalnim odrednicama. Takav pristup omogućuje prevladavanje prepreka između medicinske sestre i pacijenta, ali i prepoznavanje i vrednovanje pacijenta. Kada je pacijent ravnopravan partner u osmišljavanju svoje skrbi, osjeća se osnaženo i angažirano, a krajnji rezultat jest veće zadovoljstvo pruženom skrbi i veća suradljivost.

- **Pristup utemeljen na pravima**

Sestrinska skrb o svakom pacijentu mora biti utemeljena na razmjernoj i odgovarajućoj primjeni zakona o ljudskim pravima i drugih relevantnih propisa koji osiguravaju pozornost individualnoj slobodi uz stav koji pokazuje poštovanje želja pacijenta te poštivanje ljudskih prava i prava pacijenta.

- **Socijalna uključenost i oporavak**

Dokazi o društvenim odrednicama duševnih bolesti kao što su siromaštvo, nezaposlenost i usamljenost su golemi. Istovremeno socijalni tretmani su nedovoljno iskorišteni, a društveni uzroci još nisu dovoljno proučeni. Pristup zasnovan na socijalnoj uključenosti i oporavku jest široko zastupljen u psihijatriji kako bi se poboljšala uloga pacijenta i njegov doprinos zajednici u kojoj živi.

- **Duhovna povijest**

Duhovna uvjerenja pacijenta, bilo vjerska ili neka druga, bave se ljudskim iskustvima povezanosti, značenja i svrhe u životu. Njihova procjena i istraživanje njihove uloge u održavanju kvalitetnog života pojedinca i zajednice treba postati dio rutinske kliničke prakse.

- **Vještine formuliranja**

Razvijanje zajedničkog razumijevanja za probleme osobe jest temelj djelovanja u psihijatriji. Prelazeći mrežu predisponiranja, ubrzavanja i održavanja bioloških, psiholoških i društvenih čimbenika, proces formuliranja uključuje sveobuhvatno istraživanje onoga što se dogodilo osobi i uzima u obzir njegove sbage, kao i njegove probleme. Važno je koristiti sve informacije koje pruži pacijent ili članovi njegove obitelji. Riječ je o značajnom doprinosu koji može pomoći u kvaliteti zdravstvene njege pacijenta, boljem odgovoru na liječenje i ranijem oporavku. INDIJA

9. ULOGA OBITELJI I KONTAKATA S VANJSKIM SVIJETOM U LIJEČENJU PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA

Kada je član obitelji bolestan, ta bolest ima utjecaj kako na sve članove obitelji, tako i na interakcije unutar obitelji. S druge strane, obiteljska struktura utječe na oporavak pojedinca. Obitelj, prema tome, ima središnju ulogu u održavanju i promicanju zdravlja njenih članova (7).

Kako bi zdravstvena njega psihijatrijskih pacijenata bila što učinkovitija i bolja neophodno je u proces uključiti članove obitelji pacijenta. Iniciranje pozitivnih promjena unutar obiteljske zajednice je proces koji zahtjeva pratnju, strpljenje, ohrabrivanje i dobronamjernost. Potrebno je ostati dovoljno dugo uz obitelj, pratiti promjene, prihvatiti očekivane neuspjehe te naročito onda poticati, ohrabrivati, zahtijevati (ali ne kritizirati) te pružiti razumijevanje (7).

Angažman obitelji koji je uvjetovan pristankom i pozivom pacijenta može biti važan dio i od presudne važnosti u terapiji pacijenta. Angažmanom obitelji se povećava i angažman pacijenta (17).

Posjete bliskih osoba tijekom boravka na liječenju je iznimno važno pravo psihijatrijskih pacijenata. Liječenje osoba s duševnim smetnjama u bolnici jest privremeno razdoblje. Osoba treba nastaviti normalno funkcionirati nakon povratka u zajednicu u interakciji svih onih odnosa koje je ostvarila prije hospitalizacije. Održavanje obiteljskih i prijateljskih kontakata, kao i kontakta s kolegama je bitan preduvjet za uspješnost liječenja, kvalitetnu psihosocijalnu rehabilitaciju bolesnika i očuvanje remisije. Kako bi ostali u kontaktu s vanjskim svijetom bolesnicima je potrebno omogućiti redoviti pristup telefonu, omogućiti im praćenje televizijskih i radijskih programa. Djelomično ili potpuno ukidanje prava pacijentima na korištenje telekomunikacijskih sredstava čini opterećenje za bolesnika, naročito ako su hospitalizirani u bolničkoj ustanovi koja je dislocirana (povezano s rijetkim primanjem posjeta), što psihijatrijske bolnice često jesu. Uskraćivanjem mogućnosti komunikacije se odstupa od rješenja dobre prakse čiji je cilj postići upravo suprotno. Poticanjem neposredne (posjete) i posredne (putem tehničkih uređaja) komunikacije se nastoje umanjiti ograničenja psihijatrijskih pacijenata i poštivati osobni život pacijenata, koji je ograničen kada je osoba hospitalizirana (8).

Jedno od prava pacijenata jest i prihvaćanje kulturnog i vjerskog identiteta. Važno je omogućiti pacijentima sudjelovanje u kulturnim i vjerskim aktivnostima tijekom hospitalizacije (8).

10. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U EDUKACIJI I PREVENCIJI STIGMATIZACIJE

Medicinska sestra ima važnu ulogu u edukaciji psihijatrijskih pacijenata, njihove obitelji, ali i zajednice. Adekvatnim pristupom i približavanjem bolesti ili poremećaja (edukacija o simptomima, tijeku bolesti, potencijalnim ograničenjima i mogućnostima liječenja) pacijentu i njegovoj obitelji medicinska sestra olakšava nošenje s bolešću i prilagodbu na svakodnevni život pacijentu, naročito po prestanku hospitalizacije.

Edukacija društva se treba temeljiti na poboljšanju znanja o psihičkim bolestima, podršci obitelji oboljelih, poticanjem izmjene iskustava i znanja vezanih uz psihičke bolesnike. Edukacija društva mora obuhvatiti one obavijesti koje omogućuju suprostavljavanje točnih informacija naspram krivih vjerovanja na temelju kojih se i grade predrasude. Knjige, predavanja, videozapisi, druga audiovizualna pomagala su samo neki od mogućih načina kojim se može osigurati pružanje točnih informacija široj javnosti (30).

Etički kodeks medicinskih sestara nalaže kako medicinska sestra mora poštivati pacijenta i njegova prava (fizički i mentalni integritet, privatnost i osobnost, svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja...). U uspostavi poštovanja i prava bolesnika (ljudskih prava) psihijatrijska medicinska sestra ima ključnu ulogu (31).

Prema etičkim principima medicinski djelatnici su dužni pružiti pacijentu liječenje temeljeno na najnovijim znanstvenim i stručnim spoznajama, što uključuje i borbu protiv stigme i predrasuda. Sastavni dio svakodnevice medicinske sestre jest terapijska komunikacija, a kvalitetna komunikacija je preduvjet za provođenje kvalitetne zdravstvene njege (30).

Medicinska sestra može imati značajnu ulogu u pobijanju mitova o psihičkim poremećajima. Stigma koja je usko vezana uz psihičke poremećaje često rezultira time da bolesnik ne želi potražiti potrebnu mu pomoć. Problemom stigmatiziranja se treba pozabaviti svaka medicinska sestra koja radi s psihijatrijskim bolesnicima. Način na koji se uklanja stigma jest poznavanje činjenica o psihičkim bolestima. Prema tome, medicinska sestra treba educirati pacijente o etiologiji, simptomima i mogućnostima liječenja mentalnih bolesti (28).

Stigmatizacija psihičkih bolesnika se može smanjiti otvorenim govorom o mentalnim bolestima u zajednici, pružanjem točnih informacija o uzrocima, prevalenciji i utjecaju mentalnih bolesti, suzbijanjem negativnih stereotipa i pogrešnog shvaćanja mentalnih bolesti, omogućavanjem

potpore i liječenja bolesnika uz aktivno uključivanje u zajednicu te osiguravanje legislative za smanjenje diskriminacije na najnižu moguću razinu na radnom mjestu (28).

11. MEDICINSKI DJELATNICI KAO PREPREKA HOLIZMU

Unatoč navedenoj problematici i dalje su ključna prepreka u kvalitetnom provođenju holističkog pristupa u psihijatriji zdravstveni djelatnici (liječnici i medicinske sestre/tehničari). Medicinski djelatnici nerijetko pokazuju značajne varijacije u sposobnosti suradnje s pacijentima. Dodatan problem je što često ne poznaju zakone o ljudskim pravima i druge zakone koji podupiru holistički pristup liječenja pacijenta. Istraživanja su pokazala kako se kod velike skupine zdravstvenih djelatnika javlja krivo vjerovanje da je skrb usmjerena osobi dugotrajnija i skuplja. Ishodi učenja koji se odnose na skrb usmjerenu osobi su često odsutni u kurikulumima obuke zdravstvenih djelatnika. Oni zdravstveni djelatnici koji su motivirani za holistički pristup mogu biti osujećeni u svojim pokušajima zbog ograničenih resursa ili organizacijskih ciljeva zdravstvene ustanove. Naposljetku, sve je učestalija pojava sindroma izgaranja medicinskih djelatnika na psihijatrijskim odjelima, što predstavlja znatan rizik za opadanje kvalitete pružene zdravstvene usluge pacijentima (20,33).

Kako bi se riješio ovaj problem potrebno je napraviti jasniji i uvjerljiviji program za širu primjenu holističkog pristupa u psihijatriji. Glavno etičko pitanje koje valja postaviti jest: Je li prihvatljivo ponuditi pacijentima skrb u kojoj izostaje dostojanstvo, suosjećanje i poštovanje i liječiti pacijenta kao skup simptoma bolesti bez uzimanja u obzir njega kao osobe (20,33)?

12. ZAKLJUČAK

Napredak u medicini omogućuje viziju skrbi koja je personalizirana i usmjerena prema individualnim potrebama pacijenta. Uz napredovanje tehnologije, postoji sve veća potreba i potražnja za humanijim pristupom zdravstvenoj skrbi. Nadalje, s globalno mobilnom radnom snagom i rastom medicinskog turizma, ponovo se naglašava pružanje skrbi koja je kulturno osjetljiva i usmjerena na razvijanje istinskog terapijskog saveza između liječnika i pacijenta.

Psihijatrija sa svojom tradicionalnom ekspertizom u psihodinamičkom i sociodinamičkom razumijevanju osobe jedinstveno je smještena kako bi iskoristila najnovija dostignuća u neuroznanosti i neurofiziologiji kako bi pružila istinski preciznu medicinu - skrb prilagođenu pojedincu. Ispunjavanje ove vizije skrbi usmjerene na osobu zahtijevat će koordinirani napor pacijenata, njegovatelja, zdravstvenih djelatnika i kreatora politike - što je u skladu s ključnom vrijednošću koprodukcije.

Primarnu i sekundarnu prevenciju bolesti treba provoditi na temelju poznavanja biopsihosocijalnih čimbenika, odnosno identifikacijom pojedinaca koji imaju povećan rizik za razvoj psihičkih poremećaja. Kod osoba kod kojih je bolest već prisutna može se procijeniti njen utjecaj, prvenstveno na kvalitetu života, ali i utvrditi osobine oboljele osobe, kao i njegove socijalne okoline te utjecaj na tijek bolesti. Uvođenjem raznovidnih programa u zajednicu, poput programa za poboljšanje kvalitete života, tehnika psihološke pomoći oboljelima, ali i njihovim obiteljima. Holističkim pristupom se dijeluje na sve tri komponente biopsihosocijalnog modela te se pridonosi uspješnom liječenju, ali i prevenciji. Njime se ujedno suprotstavljamo dehumanizirajućim aspektima moderne medicine, koja iako pruža mogućnost liječenja bolesti, ne poboljšava kvalitetu života bolesnika. Posljedično tome su nerijetko pacijenti nezadovoljni medicinskim tretmanom.

Za unaprijeđenje holističkog pristupa u zdravstvu je od neizmjerne važnosti planirati i provoditi edukativne programe i radionice i za medicinsko osoblje, a poseban naglasak je potrebno staviti na komunikaciju s pacijentom, odnosno poboljšanje iste, kao i na rad s kroničnim bolesnicima. U ostvarenju ovih ciljeva je najveća poteškoća veliki raskorak između potreba i raspoloživih sredstava u zdravstvu.

Sve više zdravstvenih sustava temelji skrb prema pacijentu na holističkom pristupu kao pravo pacijenta (nerijetko sadržano i u zakonu). Time pacijenti dobivaju pravnu osnovu za primjenu minimalnih standarda skrbi.

Holistički pristup, ukoliko se pravilno provodi, pruža znatno kvalitetniju skrb pacijent i poboljšava klinički ishod, dovodi do bolje suradljivosti pacijenata i zadovoljstva zdravstvenom skrbi. To je naročito uočeno kod bolesnika koji boluju od psihoze; dolazi do boljeg socijalnog funkcioniranja i rjeđih recidiva. Holistički pristup je također povezan s boljim nošenjem s psihijatrijskom dijagnozom i rjeđim potrebama za hospitalizacijom, što dugoročno gledano povoljno utječe i na ekonomski status zemlje. Dakle, holistički pristup smanjuje duljinu hospitalizacije, neplanirane posjete liječniku, posjete hitnim odjelima te izostanke iz škole ili s radnog mjesta.

13. LITERATURA

1. Ostojić B. Ne liječiti bolest, već čovjeka. Narodni zdravstveni list. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/22/covjek.htm>
2. Papadimitriou G. The „Biopsychosocial Model“: 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*. 2017 Apr-Jun;28(2):107-110. doi: 10.22365/jpsych.2017.282.107 Dostupno na: PubMed
3. Sedić B. Bioetika i pitanja vezana uz mentalno zdravlje i bolest. Zbornik radova. Bioetika kao temeljna dimenzija suvremenog sestrinstva. Zdravstveno veleučilište. Opatija, 2007. p.45-50. Dostupno na: <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2007/zbornik/zbornik.pdf>
4. Nepoznat autor. Istine i zablude o psihičkim poremećajima. Dostupno na: <https://www.jw.org/hr/izdanja/casopisi/g201412/psihicki-poremecaji/>
5. Radić SM, Hrabak Žerjavić V. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2004. p. 2-14. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_bilten_2004.pdf
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. MKB-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija, Svezak I. Drugo izdanje. Medicinska naklada. Zagreb, 2012. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44081/9789241547666_hrv.pdf;jsessionid=09B01841E3CC838957BA7E1A871A6C5D?sequence=1
7. Iveta V, Sibiljan M, Miljanić D. Partnerski odnos obitelji i medicinske sestre u promicanju mentalnog zdravlja. Zbornih radova. Izazovi suvremenog sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb. Printera grupa d.o.o. Opatija, 2012. p.79-80.
8. Grozdanić V, Rittossa D. Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj – empirijska analiza. Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 38, br. 3, 947-984 (2017).
9. Benjak T. Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Služba za javno zdravstvo. Zagreb, travanj 2017. p. 6-10. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/04/Invalidi_2017.pdf
10. Boyd MA, Psychiatric Nursing: Contemporary Practice. Fourth edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. 2002. p. 45 Dostupno na: <https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=3UUuXw7ISM0C&oi=fnd&pg=PA1&d>

q=nursing+care+for+psychiatric+patients&ots=Nbthk6TQL5&sig=PU-lkOc201AH2WUKIYQ5eqhkdWM&redir_esc=y#v=onepage&q=nursing%20care%20for%20psychiatric%20patients&f=false

11. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*; 2000; 177, 4-7. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945080>
12. Puljak A. Stigmatizacija mentalnog poremećaja. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Centar za promicanje zdravlja. Zagreb, 2011. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/StigmaMentalnogPoremecaja>
13. Stuart H. What we need is person-centred care. *Perspect Med Educ*. 2017 Jun; 6(3): 146–147. Feb, 2017. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466562/>
14. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad RA, Kromhout D et al. How should we define health?. *BMJ* 2011;343:d4163. Dostupno na: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163.extract>
15. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary report. World Health Organization, Geneva, 2004. Dostupno na: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
16. Cloninger RC. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*. 2006 Jun; 5(2): 71–76. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525119/>
17. Dixon L, Lieberman J. Psychiatry Embraces Patient-Centered Care. *Psychiatric News*. Feb, 2014. Dostupno na: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2014.2a15>
18. Mezzich EJ. Medicina usmjerena osobi – osnovni principi zaboravljene doktrine. 2. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji. *Medix*, god XVIII, broj 98/99, ožujak/travanj 2012. Dostupno na: <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2012/05/78-82.pdf>
19. Cox J, Campbell AV, Fulford B. *Medicine of the person: Faith, science and values in health care provision*. London, England: Jessica Kingsley Publishers. 2007. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/2006-20741-000>

20. Dave S, Boardman J. Person-centered care in psychiatric practice. *Indian Journal of Social Psychiatry*. Vol 34, Issue 4, p. 333-336, 2018. Dostupno na: <http://www.indjsp.org/article.asp?issn=0971-9962;year=2018;volume=34;issue=4;spage=333;epage=336;aulast=Dave>
21. Poljak I. Zdravstvena psihologija. Dostupno na: <http://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/zdravstvena-psihologija/>
22. Tadinac M. Biopsihosocijalne odrednice bolesti i zdravlja. *Mozak i um*. Zbornik. p. 165-173. Dostupno na: https://www.pilar.hr/wp-content/images/stories/dokumenti/zbornici/mozak_i_um/mozak_i_um_163.pdf
23. Botbol M, Alenen YO, Tosevski LD, Schmolke M. Psychological Perspectives on Psychiatry for the Person. Conceptual bases of psychiatry for the person. *The International Journal of Person Centered Medicine*. Volume 1, Issue 1, pp. 134-136. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/286093641_Psychological_Perspectives_on_Psychiatry_for_the_Person
24. Boundless. The biopsychosocial model of health and illness. *Boundless Psychology*. 21 Aug 2015. Dostupno na: <https://connectability.ca/Garage/wp-content/uploads/2016/04/BPS-info-from-CAIR-team.pdf>
25. Benning BT. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract*. 2015; 6: 347–352. May, 2015. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427076/>
26. Antai-Otong D, Hawkins LP. *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts. Student Study Guide to Accompany. Second Edition*. Delmar Cengage Learning. 205. p 8-9.
27. Božičević M., Bradaš Z. *Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika*. HUMS, 2011.
28. Dossey MB, Keegan L. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. American Nurses Hollistic Association. Sixth Edition. 2013. Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=kby0J6Y7aeYC&oi=fnd&pg=PR5&dq=holistic+approach+in+nursing&ots=1648FZowNJ&sig=YGVn-ti4GLbV9HIUImGQR1soVSw&redir_esc=y#v=onepage&q=holistic%20approach%20in%20nursing&f=false
29. Frančišković T, Moro LJ. i sur. *Psihijatrija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

30. Jajtić M. Uloga medicinske sestre u prevenciji stigmatizacije psihijatrijskih bolesnika. Završni rad. Veleučilište u Bjelovaru. Preddiplomski stručni studij sestrinstva. Bjelovar, 2017. Dostupno na: <https://repozitorij.vub.hr/islandora/object/vtsbj:227/preview>
31. Hrvatska komora medicinskih sestara. Etički kodeks medicinskih sestara. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf
32. Leading Global Nursing Research. Wiley Online Library, October 2006. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.13652648.2006.04042.x#accessDenialLayout>
33. Hensley AM. Patient-Centered Care and Psychiatric Rehabilitation: What's the Connection?. The International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Vol 17(1) 135-141. (2012.) Dostupno na: http://www.psychosocial.com/IJPR_17/Patient_Centered_Care_Hensley.html

14. KRATICE

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

MKB-10 - 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

F00-F09 - organski i simptomatski duševni poremećaji

F10-F19 - duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari

F20-F29 - shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji

F30-F39 - afektivni poremećaji

F40-F48 - neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji

F50-F59 - bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike

F60-F69 - poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih

F70-F79 - duševna zaostalost

F80-F89 - poremećaji psihološkog razvoja

F90-F98 poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji

F99 - nespecificirani mentalni poremećaji

RH – Republika Hrvatska

15. ŽIVOTOPIS

Tanja Basler rođena je 04. prosinca 1980. godine u Slavonskom Brodu. Osnovnu školu „Pećine“ je završila u Rijeci 1995. godine. Nakon završene osnovne škole upisuje Medicinsku školu u Rijeci te istu pohađa od 1995. do 1999. godine. Istge godine upisuje studij fizioterapije na Medicinskom fakultetu u Rijeci. Pripravnički staž obavlja u Kliničkom bolničkom centru Rijeka 2004. godine i polaže stručni ispit 27. rujna 2005. godine. Karijeru započinje u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći na Podmurvicama, potom radi u psihijatrijskoj bolnici Lopača 11 godina. Od 2018. godine radi u Kliničkom bolničkom centru Rijeka na Klinici za kirurgiju, Zavod za traumatologiju. U 2016. godini je upisala Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, preddiplomski studij sestrinstva.